

**APPLICATION FOR AN INQUIRY INTO  
WHETHER SPECIFIED PSYCHIATRIC  
TREATMENT SHOULD BE GIVEN  
WITHOUT CONSENT**

*(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,  
c.M-10, s.30.3(1))*

I, \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_ ,  
(Name of (Address)  
Attending Psychiatrist)  
am the attending psychiatrist of \_\_\_\_\_ ,  
(Name of Patient)  
an involuntary patient detained in \_\_\_\_\_ .  
(Name of  
Psychiatric Facility)

The involuntary patient

(Check one)

- has not reached the age of sixteen years.
- has reached the age of sixteen years, but is not, in my opinion, mentally competent to give or refuse to give consent in relation to specified psychiatric treatment.
- has reached the age of sixteen years and is, in my opinion, mentally competent to give or refuse to give consent in relation to specified psychiatric treatment, but refuses to do so.

I hereby apply to the review board for an inquiry into whether specified psychiatric treatment, other than routine clinical medical treatment, should be given without consent.

**DEMANDE D'ENQUÊTE AFIN DE  
DÉTERMINER SI UN TRAITEMENT  
PSYCHIATRIQUE SPÉCIFIÉ DEVRAIT  
ÊTRE ADMINISTRÉ SANS  
CONSENTEMENT**

*(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,  
chap.M-10, para.30.3(1))*

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ ,  
(nom du (adresse)  
psychiatre traitant)  
psychiatre traitant de \_\_\_\_\_ ,  
(nom du malade)  
non volontaire détenu à \_\_\_\_\_ .  
(nom de l'établissement  
psychiatrique)

Le malade en placement non volontaire

(Cocher l'une des cases)

- est âgé de moins de seize ans.
- est âgé d'au moins seize ans mais n'est pas, à mon avis, capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement à un traitement psychiatrique spécifié.
- est âgé d'au moins seize ans et est, à mon avis, capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement à un traitement psychiatrique spécifié mais refuse de le faire.

Je demande par les présentes à la commission de recours de mener une enquête afin de déterminer si un traitement psychiatrique spécifié autre qu'un traitement médical clinique de routine devrait être administré sans consentement.

Dated this \_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 19\_\_.

Fait le \_\_\_\_\_ 19\_\_.

---

Signature of Attending Psychiatrist

---

Signature du psychiatre traitant

NOTE: This application must be accompanied by

- (a) the Certificate of Attending Psychiatrist (Form 27) if the patient has reached the age of sixteen years,
- (b) a statement setting forth any other opinions of the attending psychiatrist and facts on which the application is based,
- (c) a description of the proposed treatment, and
- (d) a statement from another psychiatrist setting forth that psychiatrist's opinion in support of the application.

REMARQUE : La présente demande doit être accompagnée

- a) du certificat du psychiatre traitant (Formule 27) si le malade est âgé d'au moins seize ans,
- b) d'une déclaration énonçant tous autres avis du psychiatre traitant et tous autres faits au soutien de la demande,
- c) d'une description du traitement éventuel, et
- d) d'une déclaration d'un autre psychiatre énonçant son avis au soutien de la demande.